



Colegiul Medicilor Stomatologi
ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București

Tel: 0725.351.765, 0737.666.308

secretariat@cmsr.ro

cmsr.ro

Nr. înregistrare _____

CERERE
PRIVIND PRELUNGIREA AVIZULUI
privind exercitarea activităților profesionale stomatologice
cu CARACTER TEMPORAR pe teritoriul României

I. Subsemnatul/Subsemnata:			
I.1. deținător al avizului privind exercitarea activităților profesionale cu caracter temporar pe teritoriul României emis de CMSR sub nr. ____/ data ____, cu valabilitate până la data de _____,			
I.2. posesor al/posesoare a:			
☐ cărții de identitate	☐ permisului de ședere temporară	☐ permisului de ședere pe termen lung	☐ pașaportului
seria: _____ nr.: _____		valabil până la data de: ____/____/____	
I.3. cu drept de liberă practică al profesiei în: (țara) _____			
II. declar pe propria răspundere că dețin:			
☐ asigurare de răspundere profesională valabilă pe teritoriul României			
☐ alt mijloc de protecție personală/colectivă privind responsabilitatea profesională			
serie: _____ nr.: _____		valabil/ă până la: ____/____/____	
data emiterii: _____		emitent: _____	
III. și solicit prelungirea avizului pentru exercitarea activităților profesionale stomatologice cu caracter temporar pe teritoriul României, după cum urmează:			
A.1. Perioada: ____/____/____ - ____/____/____		A.2. durata: _____	
A.2. frecvența²: _____		A.4. continuitate: _____	
B. a activităților profesionale stomatologice, în specialitatea/ specialitățile:			
B. 1. _____			
B.2. _____			
B.3. _____			
în atestatul/ atestatele de studii complementare:			
B.4. _____			
B.5. _____			
C. în următoarele unități stomatologice autorizate:			
C.1.	localitate _____	judet/sector _____	
C.2.	localitate _____	judet/sector _____	
C.3.	localitate _____	judet/sector _____	



Colegiul Medicilor Stomatologi ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București

Tel: 0725.351.765, 0737.666.308

secretariat@cmsr.ro

cmsr.ro

D. Date de contact:	
e-mail:	telefon:
adresă de corespondență:	
E. Anexez prezentei documentele prevăzute la art. 12 alin. (1) din Decizia Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2024:	
☐ copia documentului de cetățenie, aflat în termen de valabilitate, certificat pentru conformitate cu originalul de către solicitant;	
☐ copia certificatului de căsătorie sau orice alt document relevant în caz de schimbare a numelui, certificat pentru conformitate cu originalul de către solicitant, dacă este cazul;	
☐ copia legalizată a titlului/titlurilor de calificare în profesia de medic stomatolog, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;	
☐ copia legalizată a dovezilor privind pregătirea profesională postuniversitară (competențe, atestate de studii complementare, masterat), dacă este cazul;	
☐ certificatul profesional de status curent ² ;	
☐ copia asigurării de răspundere civilă profesională sau alt mijloc de protecție personală/colectivă privind responsabilitatea profesională valabilă pe teritoriul României, însoțită de traducerea legalizată în limba română, în cazul în care este redactată în limbă străină;	
☐ dovada efectuării a 40 de credite de EMC, în anul anterior prezentei solicitări;	
☐ dovada achitării taxei de emitere a avizului, în cuantum de 2.500 lei, achitată în contul CMSR nr. RO54 BREL 0700 0268 5RO1 1001 deschis la Libra Internet Bank - Sucursala Ștefan cel Mare;	
☐ procură notarială sau împuternicire avocațială (pentru depunere/ridicare documente).	
F. Declar pe proprie răspundere că toate datele furnizate sunt corecte și complete și că am luat cunoștință despre:	
a) informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMSR;	
b) prevederile Codului deontologic aplicabil medicilor stomatologi, pe care mă oblig să le respect;	
c) faptul că voi răspunde potrivit legii în situația încălcării dispozițiilor, legilor și regulamentelor profesiei;	
d) faptul că furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări sau la anularea avizului emis în baza acestuia și că o astfel de furnizare poate duce la declanșarea procedurilor judiciare împotriva mea, în conformitate cu legea română.	

Nume și prenume solicitant _____

Semătura _____

Data ____/____/____

¹ Zilnic, săptămânal, lunar, trimestrial, semestrial, anual sau altă frecvență, după caz.

² Dovada prin care autoritățile competente ale statelor în care medicul stomatolog este stabilit atestă că, la data eliberării acestui document, medicul stomatolog solicitant este stabilit legal pe teritoriul lor, deține titlurile și calificările necesare exercitării profesiei de medic stomatolog, nu a suferit suspendări temporare sau definitive ale activităților profesionale stomatologice ori condamnări penale rămase definitive. Documentul are o valabilitate de 3 luni de la data emiterii.